SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA:

INFORME FINAL
2019

PATRICIA LETELIER BELTRÁN
JAVIERA PAVEZ MENA
CRISTIAN ZAMORA ASTUDILLO

Santiago, Mayo 2019

I. ÍNDICE.....3

II. INTRODUCCIÓN.....5

III. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.....7
A. Conceptualización de las políticas públicas
B. Implementación de las políticas públicas
C. Sistema de Protección Social
D. Modelo de Salud Familiar y Comunitario
E. Caracterización de la discapacidad en Chile
F. Breve caracterización de las personas participantes del programa de apoyo para la autonomía (PAPA)
G. Los Recursos asociados a la implementación de las políticas públicas en materia de salud mental
H. Definiciones de Cuidados y Apoyos para las personas en situación de discapacidad
I. Los apoyos y cuidados desde las políticas públicas chilenas

IV. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS E INICIATIVAS SOCIALES.....27

V. RECURSOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PEÑALOLÉN PARA PROMOVER LA CONTINUIDAD DE CUIADADOS.....32
a) Colectivos
b) Constelaciones
c) Trabajo en red
d)Incidencia política a nivel comunal y regional

VI.CONCLUSIONES.....42

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....49

VIII. ANEXOS.....53

INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados del proceso de sistematización llevado a cabo en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén durante los meses de septiembre de 2018 a febrero de 2019.

De este modo, en este informe se presentan categorías de análisis que organizan el material de 5 entrevistas de 60 minutos aproximados de duración, realizadas tanto al equipo de la Comunidad Terapéutica como a actores de la red institucional presentes en el territorio, en modalidad de entrevista grupal tanto como entrevista individual.

A partir de un análisis que incorporó elementos de lo discursivo -considerando el carácter indexical del lenguaje en uso (Garfinkel, 1967) y un análisis pragmático de las entrevistas comprendiéndolas como productivas (Prior, 2006)- se presentan 3 ejes o niveles compuestos por subcategorías:

I. El Fundamento.

II. El Problema.

III. La Salida.

En términos generales se establece la oportunidad de la visibilización del equipo como un dispositivo que destaca dentro de la diversidad de la red de salud mental a nivel territorial, a partir del desarrollo de acompañamientos desde una perspectiva de derechos, y de reconocimiento de las dimensiones subjetivas que no pueden ser reducidas a un diagnóstico médico, ni a un conjunto de síntomas.

Esta aproximación es parte de un modelo de trabajo que pretende avanzar en la dirección de desmanicomializar los sistemas de abordaje del sufrimiento mental, considerando no sólo las instituciones manicomiales sino que además las de la red de salud mental y del intersector.

A partir del trabajo realizado, se proponen trayectorias de los y las consultantes, junto con el desafío de transitar hacia la densificación de las redes institucionales desde la propuesta de las políticas públicas y la experiencia de 31 años del equipo Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

I. EL FUNDAMENTO

La historicidad como construcción

En el análisis de la narrativa del equipo se distingue la historicidad como trasfondo comprehensivo de su quehacer. Aparece así un fundamento pragmático/ideológico del equipo o noción de sujeto que implica una aproximación histórica desde una perspectiva de trayectoria.

Desde esta noción de historicidad aparece – reflexivamente – la historicidad del equipo en relación a la iatrogenia del hospital psiquiátrico hasta llegar al territorio y sus redes; la historicidad de las trayectorias fragmentadas de los sujetos consultantes que intentan ellas historizar, incorporando la noción de "situación" [1] y al mismo tiempo, la historicidad que se da desde la reconstrucción de esa situación en términos de una historia de vida que le permita al sujeto acceso y ejercicio de derechos, más allá del acceso exclusivamente a prestaciones de salud mental sino que de acceso a salud física, ginecológica, vivienda y educación, trabajo, participación comunitaria y protección social. En suma, acompañamiento para la autonomía desde un enfoque de vida independiente y de derechos humanos.

> "*Tenemos todo el otro trabajo que tiene que ver con acceso a salud, la acompañamos a evaluaciones ginecológicas, a salud general, el seguimiento más de salud mental, la pensión básica solidaria, la nutricionista, la ginecóloga allá en la Chile, ese trabajo de la pensión también fue súper importante porque va proyectado a que ella pudiera ser lo más independiente posible*" (Entrevista 2, p.7).

El equipo, en tanto grupo, va constituyendo un eje temporal en su narración y dentro de éste, ellas van narrando su propia trayectoria dentro de los distintos dispositivos (Hospital Psiquiátrico, Red de Salud Mental) en los que se encuentran con actores, profesionales, a los cuales asocian prácticas de invisibilización, maltrato, medicalización, psiquiatrización.

> "*Me ha tocado estar en servicio psiquiátrico en la parte de hospitalizados y son ninguneados absolutamente y tú no tienes ninguna posibilidad de hablar de lo que eso significa y la gravedad de algunas personas, lo que cuesta que ellos estén relativamente mejor, entonces verlos venir como llegaron acá, estuvieron, el aprendizaje terapéutico*" (Entrevista 3, p.5).

En estos dispositivos circularía un campo de significados asociados al déficit, a la incapacidad, a la enfermedad lo que sustentan las prácticas arriba descritas. De este modo, el equipo irá construyendo – como se verá más adelante en el documento - un nuevo lenguaje, a modo de contra-lenguaje, disputando otras construcciones de sujeto, que vienen a recuperar la condición ciudadana de los sujetos con derechos y que permite una práctica de trabajo alternativa.

1 La situación de discapacidad es la dimensión psicosocial o interrelacional situada y dinámica; es el modo evidente en el que "las barreras" se ponen en juego a través de un espacio de relación entre dos o más personas "de carne y hueso" (Brogna, 2009).

"Entonces fuimos y la mujer dice "ah, ¿ustedes van a vivir juntos?" "no, no, no, él dice, no, ella es mi terapeuta" señal para que esta mujer me empezara hablar a mí... el otro dejó de existir y más encima para llegar a decir "pero es que él no puede vivir solo, porque él es discapacitado" (Entrevista 1, p.9).

El oficio del trabajo con maltrato.

A partir del análisis anterior, se releva como foco importante el trabajo u oficio que ha desarrollado el equipo en torno al abordaje, cuando existen situaciones de maltrato. El maltrato que experimentan las personas, que habitualmente pasa desapercibido o bien es ignorado. Aparece en la intervención en salud mental y surge como un tema necesario de trabajar. En un sentido más general, la aproximación a la psicosis y la noción de sujeto con la que trabaja el equipo supone transitar desde prácticas asociadas a maltrato a unas fundadas en el reconocimiento y el trato digno.

"Claro, el maltrato es un trabajo, o sea evitar el mal trato es un trabajo, entonces esa es una componente que era impresionante como se pasa por alto" (Entrevista 3, p. 24).

Cabe destacar que el maltrato se presenta como parte de la vida de las personas con psicosis y en tanto se hace parte de la experiencia cotidiana del sufrimiento, es que el equipo lo incorpora como un eje de trabajo, en la comprensión de la problemática e intervención.

Ante la resistencia del contexto, resistencia del equipo.

El equipo se caracteriza a sí mismo como resistente ante las adversidades e impedimentos que establece el contexto. Estos obstaculizadores se manifiestan mediante actitudes o formas de referirse o imaginar la enfermedad en las familias, los profesionales y los dispositivos.

"En un minuto el encargado de servicio oriente de salud mental nos dice, el día antes de viajar, bueno, como tú te vas a llevar a los pacientes tienes que firmar un consentimiento informado... y empieza la colega, 'que el artículo 12, que el 18 y el 19, y la convención de derecho... hay que leerla. Y ahí me dice que estamos aprendiendo de derecho y esa cuestión me indignó, o sea, lleva 6 años la convención en Chile, 6 y él no había sido capaz de echarle una ojeada o, por último, quedarse callado y decir ah sí tenis razón'. ***La fuerza de la colega*** *porque yo, a mí me hace pebre con una cosa así, me habría dado vuelta.* ***O sea ahí la fuerza que tuvimos que tener****..."* (Entrevista 3, p.10).

La fuerza del equipo está significada como aquella capacidad para resistir tanto física como moralmente a los impedimentos que establece otro, respecto un viaje de intercambio cultural a Francia en el marco de la relación entre el equipo CTP y miembros del Club Terapéutico de la Clínica Saumery en Francia.

"Lo empezaron a dejar en cama, acostado, reposando en el hogar. Entonces, cuando estábamos en los últimos preparativos, preparar la maleta. La C, que en ese tiempo estaba haciendo la práctica, la C que también ***ahí tuvo que poner el cuerpo****, ir al hogar y encontrarse con la monitora, que no, que F está enfermo, que no sé qué,* ***una gran fuerza moral, porque ella si no mete el cuerpo****, no te dejan entrar"* (Entrevista 3, p.12).

La resistencia del equipo se traduce en la persistencia respecto de la consecución de los objetivos de trabajo que están enmarcados en el proceso de intervención que desarrolla el equipo y que significa una construcción de salud.

Sobre el "loco" y "locura".

Las palabras "loco" y "locura" son utilizadas para desnaturalizar en el discurso la noción normalizada y su correlato práctico donde un otro, vehiculiza contextos marcados por alguna forma de maltrato. De esta manera, hay una apropiación del término y una subversión que politiza el estigma y permite una existencia social de la locura como parte constitutiva de la sociedad segregada en que vivimos. Se realizaría de este modo una operación similar a la del término "Queer", el que es apropiado por los grupos disidentes a partir de los años 90 en Nueva York, transformando un término estigmatizador y segregador en un término de acción política.

"Yo igual veo, entiendo que la preparación acá fue gigante, gigante, no la desconozco para nada. Como te digo, fue potente, como te digo, ***locuras potentes, que ya están consolidadas*** *también o sea cualquier derrumbe de alguno de ellos. Yo igual me saco el sombrero de cómo sostuvieron todo eso"* (Entrevista 3, 6).

"Claro es que había también esta historia como de traspasar, porque una de las cosas que ocurre es que nuestros locos, de repente pasan fronteras sin entender mucho cómo, llegó y lo deportaron, claro y habíamos tenido otros deportados, también un antiguo loco mitológico de la historia de la psiquiátrica nacional que es J que había sido deportado, bueno son historias muy intensas" (Entrevista 3, p.2).

Se atribuye así una condición mítica a la locura, realizando una operación en el lenguaje de resignificacion del término, reivindicándolo.

Las diferencias de género y de clase.

Según el equipo, la experiencia personal de la psicosis estaría atravesada por estereotipos de género y de clase. Por el lado de la desigualdad de género, las expectativas socioculturales -naturalizadas en estereotipos de género- se expresan en la situación de las consultantes las que están reproduciendo la división sexual del trabajo en lo cotidiano. Las atribuciones que se dan a géneros desde perspectivas binarias serían parte de las intersecciones que producen y perpetúan el dolor mental.

Se constata que las trasgresiones que han marcado la vida de las y los consultantes se asocian al género, surgiendo el abuso sexual y el consumo de drogas como parte de hitos asociados a la construcción de su historia de vida en mujeres y hombres respectivamente.

> "***Las mujeres tienen muchas más experiencias de abuso, de vulneración, las mujeres con psicosis, tienen muchas vulneraciones respecto incluso de los espacios sanitarios de su salud sexual y reproductiva; los varones tienen mucho más encuentros, por ejemplo, con la sustancia psicoactiva****, porque han tenido más espacios donde eso suceda. Entonces como que su sufrimiento también se va conformando y se va… **su historia de sufrimiento también tiene que ver con la experiencia de ser hombre o mujer**, con las expectativas que eso generó, con lo que quería tu papá y tu mamá, o los que te rodean, los otros significativos…"* (Entrevista 4, p.10).

> *"Entonces, uno lo que instala no es una respuesta sino que una pregunta porque lo que vemos acá, claro, **los chicos son más callados, más evitativos**; las mujeres como que ocupan más espacios sociales, en sus vidas cotidianas y acá, pero también porque hay una demanda social de eso: que cuiden guaguas, que cuiden a la tía, porque si ya vai a estar en la casa igual tení que hacer aseo".* (Entrevista 4, p.9).

> *"Y las expectativas como, ahí están las expectativas de ir a la universidad, uno lidia con otras expectativas que acá es que como pa los hombres es generar lucas, las expectativas de un hombre joven…"* (Entrevista 4, p.10).

> *"Por ejemplo **es más normal** que una mujer esté en su casa que un varón o las formas de expresión del malestar en la cultura, para los hombres y las mujeres, es distinto, **generalmente pa las mujeres hay más espacio pa lo… pa expresar emociones y pa los hombres hay más espacio pa expresar el malestar a través de lo conductua**l"* (Entrevista 4, p.9).

Por el lado de la desigualdad económica, la población (barrio) y el barrio alto también condicionan la experiencia de la psicosis: la segregación residencial y/o socioeconómica vehiculiza impactos diferenciales en las personas que vivencian psicosis particularmente en términos de apoyo social o su ausencia.

> *"Por ejemplo la experiencia de la pobreza no es lo mismo, no es lo mismo estar psicótico acá [Peñalolén] que en Las Condes…. Y es bien distinto … **a veces una población puede ser más acogedora** que estar solo… **los chicos cuando se psicotizan en el barrio alto es una experiencia súper solitaria**…"* (Entrevista 4, p.10).

El equipo visibiliza como parte de las dimensiones a abordar y problematizar las posiciones de género y de clase, considerándolas como intersecciones que reproducen una expresión particular de la psicosis y que por lo tanto son necesarias de considerar.

Autonomía.

En opinión de las integrantes del equipo, la subjetivación que intenta promoverse desde las diferentes prácticas terapéuticas tienen que ver con o se orientan a la generación de condiciones para la vida independiente bajo la perspectiva de derecho a la capacidad jurídica y plena autonomía del sujeto. En este caso ello se asocia con el derecho a decidir, considerando las condiciones para esto y los posibles apoyos en caso de ser necesarios y solicitados.

> *"De hecho, al segundo día, fue con el A, estábamos en el negocio, en la librería y no tengo mi billetera y no tengo plata y ahí le robaron. Claro y ahí se podía haber armado un delirio, no habríamos salido más de ahí. Pero la reacción de todos, y de nuevo, se recompuso **algo y él decidió** en un momento, lo decide entre nosotros, entre todos, seguir adelante, **pero él toma esa decisión**. O sea, hubo un momento en que de nuevo podía haberse derrumbado y no se derrumbó, porque se sintió contenido, digamos. Entonces, hubo eso mucho, y es ahí donde uno aprende"* (Entrevista 3, p. 19).

La autonomía pasa a ser el horizonte del trabajo con las y los consultantes y se ve tensionada por los estilos de relación presentes, no sólo en las familias sino que también en espacios tales como los hogares protegidos, y que potencian la situación de dependencia.

La fragmentación.

Desde la perspectiva del equipo, la condición de los sujetos con diagnóstico médico de "trastorno psiquiátrico severo" es comprendida fundamentalmente como una situación de fragmentación de su experiencia de vida. Esta situación está asociada al maltrato que han vivido las y los consultantes, a las experiencias tempranas y de larga data vinculada a separaciones forzadas y que marcan el inicio de una trayectoria de institucionalización, no necesariamente asociada a reparación de derechos sino que más bien a la intersección de vulneraciones.

> *"Ella es una chica de origen Mapuche que viene desde Temuco viene transitando por toda su infancia por distintos centros de SENAME y también por casas de acogida, donde es separada, ellos eran tres hermanos en distintas casas, donde cada uno fue asignado a casas (…) Y ahí transita por tres hogares aprox. y ahí comienzan una serie de violencias relacionadas con lo institucional, con el hecho de ser mapuche, ser mujer, niña, con un diagnóstico, empieza a ser diagnosticada psiquiátricamente… como a los ocho años ya tiene el primer diagnóstico psiquiátrico, empieza a transitar por el descontrol de impulsos, trastornos del descontrol de impulsos, así… pero ella hace la vida que hoy sabemos que ocurre al interior de SENAME, con mucho abuso, en una época que no se hablaba de eso"* (Entrevista 2, p. 2).

> *"Eso se lo transmite a en la sesiones más individuales, entonces le empieza a hablar a la psicóloga sobre su mamá, que quiere saber dónde está, un tiempo en el que estuvo viviendo en uno de estos hogares, uno de esos hogares se quemó, entonces como que sus fichas de papel con toda la información de su vida también desapareció. O sea le empieza a contar estas cosas a la psicóloga en eso que la psicóloga quiere conocerla y ahí ella plantea esta pregunta… Si nosotras la podemos ayudar a encontrar a su mamá nuevamente y que eso es lo que ella quería hacer"* (Entrevista 2, p. 6).

> *"Sí yo creo que es como el encuentro con una historia fragmentada, entonces finalmente claro el entrar a una casa como dice G es parte de un fragmento de eso, esa historia que se va ir relacionando con otros fragmentos, entonces necesariamente hay que hacer una red de trabajo porque ya las personas que llegan tienen una historia traumática de que sus historias se han fragmentado, el trabajo con los PIEs, porque hay niños que interrumpen algo, sus vidas, las mamás también, entonces yo creo que es un sustento también del trabajo en red que tiene que ver con el interés de ir como integrando esos fragmentos"* (Entrevista 1, p.7).

La situación de fragmentación está asociada a la pérdida de derechos, derecho a una familia, derecho a la educación y derecho a salud cuya solución o afrontamiento se vislumbra en la articulación con dispositivos que se encuentran fuera del espectro de los servicios de salud mental.

> *"Las situaciones en general son todas muy muy complejas y fácilmente uno empieza, o yo tiendo… como que uno tiende a eso, a cerrarse, porque es mucha problemática, uno a veces se siente sola, y empieza a ver, la situación es una gran bolsa y uno empieza a sacar problemas de salud, vivienda, protección social, trabajo, educación, la familia, el abuelo, la hija, entonces, a veces es tan grande que uno dice: ah! (agobio). Como que sirve tener vínculos con otras instituciones, como de todos los sectores, porque si no uno se queda sola con situaciones que son demasiado complejas"* (Entrevista 1, p.18).

Una vez que los sujetos se vinculan con los dispositivos psiquiátricos, se encuentran con disposiciones que reiteran la fragmentación, el maltrato y la invisibilización.

> *"Era en relación al colectivo de vivienda, colectivo entendido como una grupalidad considerando que el techo es un derecho y entonces bueno había gente distinta, algunos habían abierto una libreta, otros tenían muchas ganas de tener una casa, en fin, entonces dijimos bueno vamos hacer un diálogo intesector, vamos por los intersectores, jurábamos que íbamos a tener una contraparte, y en una de esas era el Seremi de vivienda, cuyo nombre recuerdo pero no es necesario decir y bueno llegamos hablar con él, reunión, teníamos pactada una reunión y hablamos sobre el enfoque de derecho, los derechos de las personas, una cosa así…. y la salud mental y el campo, las religiones y todo eso, entonces este señor ponía cara de que no estaba entendiendo y de repente dice así como " ahora sí lo tengo", ahora sí, y llega y saca entre sus cosas y saca un mapa, un mapa muy grande que ocupaba así como esos mesones de Seremi y era así el contorno de Peñalolén, con algunas… entonces y muestra y dice aquí, como en un cachito que queda colgando del mapa, entonces dice acá, aquí poh pueden construir sus casas aquí, pa' los enfermos, pa' los discapacitados y él estaba feliz, jurando que la estaba haciendo de oro y yo le debo haber puesto una cara particular seguro, entonces yo le digo 'tú estás hablando que construyamos un gueto', 'bueno, no, pero igual es una oportunidad para los enfermos, y ahí ustedes los tienen cerquita'"* (Entrevista 1, p. 9).

Por su parte, para el equipo, la fragmentación se vincula con la dificultad de formular perspectivas de trabajo intra e intersectorial, en ocasiones debido a que el trabajo en red no es considerado trabajo, no existe en las "prestaciones", las "canastas", en la agenda concreta de cada integrante del equipo.

> *"Bien concreto, yo creo que podrían ser un poco obvios pero parece que no son tan obvios en otros lugares, que por ejemplo la G decía como es el trabajo en red, así de una forma distinta es por ejemplo no tener las reuniones con otros equipos como última prioridad en la agenda, eso por ejemplo en la sesión que hicimos la constelación era un tope "este día no puedo porque tengo otras cosas" al final las reuniones con otros equipos terminan siendo sólo cuando queda tiempo y si me queda tiempo, porque la prioridad son las atenciones en box, como todo lo demás, que no son pocas cosas y son un montón de cosas pero sólo si te queda tiempo te reúnes con otro equipo porque se entiende que es no prioritario, ese fue como uno de los aspectos súper concretos que es donde topábamos, "no, no puedo estar ahí, no puedo estar ahí" porque estoy trabajando. "Es que ustedes tienen mucho tiempo más" "Ustedes tienen ocho mil terapeutas y mil horas a la semana"* (Entrevista 1, p.14).

De este modo, la fragmentación está presente tanto en la experiencia de las y los consultantes así como en la experiencia del trabajo de los dispositivos. Los actores y dispositivos, que están llamados a coordinarse para desarrollar un trabajo integrado como el expresado en la RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud), dan cuenta de una expresión institucional de la fragmentación de aquel sujeto con el que se pretende trabajar de manera integrada y en red, desde un enfoque de derechos.

En este sentido, MINSAL (2017), en el documento Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, propone que la fragmentación se produce dada la ausencia de un abordaje integral de las personas,

fragmentando así su atención.

> *"Al no tener un modelo de gestión definido y una red no integrada a la red de salud general, el sistema mantiene a la salud mental como una red paralela, lo que se traduce en estigma, segregación, insuficiente oportunidad de atención, brechas en el recurso humano, insuficiente acceso a farmacoterapia, y subestimación de las actividades psicosociales y comunitarias. Todo lo señalado, empobrece los resultados de la atención entregada, afectando la continuidad de atención y la satisfacción usuaria"* (Minsal, 2017, p.38).

De esta manera, la fragmentación es un rasgo de los distintos niveles de los sistemas de atención, reforzando la propia fragmentación del sujeto.

El estigma en la sociedad.

A partir del análisis de los datos, es posible sostener que hacia la figura encarnada en el "loco" circulan estereotipos y prejuicios que se traducen en una estigmatización que les obstaculiza el acceso a ciertas experiencias sociales que estarían permitidas para los "no locos". En las trayectorias vitales de los "locos" habría alguien, un otro concreto, profesional, familiar o gente de la calle, y un otro abstracto como puede ser el sistema de salud, el sistema psiquiátrico y un orden simbólico expresado a través del imaginario de la locura, la violencia velada, implícita o directamente física, que afectan a las personas que viven con psicosis. Estas experiencias serían las situaciones relacionales típicas o transversales en la construcción de su trayectoria de vida, cruzada por la vivencia de una exclusión social, violencia y maltrato las que se presentarían cuando el "loco" aparece a través de su discurso como una manifestación de la intersubjetividad.

> *"porque tiene que ver también con la palabra de un loco, completamente loco, que es* ***un cabro muy maltratado, ferozmente maltratado,*** *bastante loco, él tenía toda la componente llamada orgánica, epiléptica con un cuadro alucinatorio constante, agitao' que llegaba* ***golpeao'*** *a la calle,* ***realmente un ninguneado total****"* (Entrevista 3, p.2)

Trauma psicosocial.

La alusión a situaciones vitales traumáticas de las y los consultantes de la Comunidad Terapéutica constituye un tópico que aparece recurrentemente en el relato del equipo a lo largo de las sesiones de entrevista.

> *"el sufrimiento de él completo,* ***era muy trágica su situación, había estado hospitalizado y había vivido toda la típica, se escapaba****, dado de alta porque no obedecía, la deambulación en la calle y llegaba todo sudado de miedo..."* (Entrevista 3, p.2).

De este modo, encontramos en las trayectorias vitales de las y los consultantes antecedentes de violencia intrafamiliar, abandono o negligencia parental, violencia institucional las que se normalizan, acentúan y proyectan en las trayectorias institucionales como consultantes de la red.

¿Un sistema sin maltrato?

A partir de la iniciativa de los equipos de la Comunidad Terapéutica y los integrantes del Club Terapéutico de la Clínica de Saumery de Francia, se realiza un viaje en el marco de una relación de intercambio cultural. Se reflexiona en torno a la experiencia del trato cotidiano, digno y respetuoso, en diferentes espacios. Persiste y se alimenta la convicción que el maltrato - y su contracara, el reconocimiento - sería parte de lo transformable ya que se expresa de distinta manera en diferentes contextos sociales.

> *"Él entró conmigo en una tienda, miramos una vitrina y yo le dije, quiere entrar, vamos a entrar y entramos. Y entró a la tienda, lo atendieron. Y cuando salió, lo dijo, que había* ***quedado impactado de que lo atendieran... De que lo trataran bien. 'Me gusta este sistema, eso decía], me gusta este sistema****"* (Entrevista 3, p.22).

> *"Esa observación de], que fue en distintos momentos, como en relación por ejemplo en el trato cotidiano,* ***que la gente no te ladre****, hasta el trato de los monitores, todo, todo puede ser distinto, eso fue como super evidente,* ***porque uno también se acostumbra al maltrato, uno se adapta****"* (Entrevista 3, p.22).

De esta manera, el maltrato sería naturalizado no sólo por las y los consultantes, sino que en ocasiones también por el equipo. La conciencia de la experiencia de un trato digno es compartida por las y los integrantes del viaje y se visibiliza y tematiza como un horizonte y forma de relación deseable.

Metáforas.

El equipo emplea metáforas para concebir o dar a entender la multiplicidad de nudos críticos experimentados en el proceso de planificación del viaje de intercambio, con sus respectivos correlatos emocionales para ellas. Temores como que no los dejaran subir al avión, que el seguro de viaje fuera más costoso de lo presupuestado, entre otros se relacionaban con la vivencia de la angustia y la ansiedad, y la puesta en duda de los posibles sentidos del viaje.

> *"Yo aprendí de la angustia, la ansiedad, mecanismos que son completamente culturales, subjetivos, porque nosotras,* ***o sea bastaba que alguien metiera un nuevo fantasma pa que todo el viaje se fuera al... y que nada de lo que se había hecho tuviera sentido****"* (Entrevista 3, p. 16).

Sobreprotección y aislamiento.

Implícitamente se alude como obstaculizador la sobreprotección familiar y relaciones de excesiva co-dependencia, que caracterizan la situación de las y los consultantes. Es posible distinguir múltiples formas en las que las familias sostienen un patrón de dependencia sobre las y los consultantes, lo que en el caso del viaje de intercambio se expresó como un impedimento para que se viajara con otras personas que no fuesen la propia familia.

> *"Claro no podían dar cuenta de lo que implicaba estar con otro, de haber mantenido además una relación desde el año uno, que había venido un grupo y que ahora nosotros íbamos para allá e íbamos a reencontrarnos con ese grupo, era no dar cuenta de nada de eso.* ***Era como que, si no es con ellos, no se pueden relacionar con nadie, básicamente***" (Entrevista 3, p.10).

Esta sobreprotección es interpretada como resistencia por parte de las familias a los procesos de autonomía y subjetivación que van ocurriendo en el proceso terapéutico.

Los prejuicios de equipos respecto a las personas con sufrimiento psíquico y discapacidad.

El viaje a Francia es connotado como un hito tanto por los obstáculos afrontados con diversos espacios o personas para concretarlo, como también como fuente de aprendizaje para el equipo y la experiencia de las y los consultantes.

> *"Fue digamos bien pero* ***además de que mucha gente nos tratara de perfectas locas****, era difícil decirlo porque incluso hasta último minuto tuvimos mucho trabajo y una colega dice `ay, pero cómo tanto´ y yo quedé como plop… entonces decir* ***'¿qué onda viajar?, ni yo viajo'… gente que siempre es súper atiná con un montón de cosas críticas y todo pero al momento de los quiubo****…"* (Entrevista 3, p. 4).

La incredulidad aparece como expresión de un prejuicio no explicitado por parte no sólo de las familias de lxs consultantes sino que además, por parte de profesionales sensibilizados con el tema derechos de las personas con problemas de salud mental. Este hito significa para el equipo una constatación de los desafíos existentes en materia de trabajo en salud mental, destacándose la importancia del trabajo de concientización respecto del estigma y de experiencia que estarían negadas para las y los consultantes.

> *"Claro, entonces, ahí estaba la monitora del hogar donde él vivía, empezó a decir, y qué pasa si F se muere allá… le dijimos 'cuál es tu problema, le dije 'no te puedo decir que no se va a morir pero si se muere…"* (Entrevista 3, p. 12).

La incredulidad se manifiesta desde un aparente cuidado por las y los consultantes, mostrando una limitación que un otro pone sobre las experiencias que puede o no tener estas personas.

> *"Fue tremendo, porque nosotros todo el tiempo intentábamos* ***darle estatuto de realidad****, porque* ***ellos todo el tiempo, una cosa de no creer, no creer, no creer y a la vez, ¡increíble, qué lindo, qué bueno!, tratando de imponerse para ellos mismos un ¡qué bueno!*** *Ambivalente igual y todo el tiempo intentando que eso no existía"* (Entrevista 3, p.9).

El grupo afronta la incredulidad de manera activa, persistiendo en la condición de realidad del viaje, no dejando de hacer todo lo necesario para concretar el viaje, manifestando una pauta comunicacional ambivalente frente a la propia incredulidad de lxs consultantes.

III. LA SALIDA.

El trabajo en red.

Ante la fragmentación de los dispositivos de salud mental, el equipo desarrolla una estrategia de trabajo basada en un enfoque comunitario desde un modelo de redes. Para transitar desde el hospital psiquiátrico hacia la red territorial de salud mental, no existen aún ni el vocabulario ni las prácticas concretas que den continuidad a este aspecto central del trabajo. Parte de esto, en algunas ocasiones, se produce por falta de condiciones institucionales.

> *"Algo que ha sido positivo, en esa línea de comprender el trabajo de red como trabajo, etc. Estos encuentros más locales con redes locales, como invitando al PIE, la escuela, los CESFAM, CRS... a la gente que más le cuesta llegar es a los equipos de especialidad en salud mental y psiquiatría, llegan mucho más las escuelas, los PIE, la muni, la OMIL y llegan a estos encuentros, JJVV, sí, se disponen a compartir este saber hacer, del cómo entendemos el trabajo, entonces digo que ahí también hay una intención del lado nuestro hacer una transmisión o poder compartir eso pero por lo menos yo diría que la gente en salud mental es la que le cuesta más"* (Entrevista 1, p.14).

En la medida que la expectativa respecto de este trabajo en red no se cumple o es insuficiente desde el punto de vista del equipo, comienzan estrategias de movilización hacia afuera del dispositivo Comunidad Terapéutica con el objeto de visibilizarse en el territorio.

> *"Entonces es como ir trabajando, donde el trabajo no es sobre ellos. Entonces es reunirse un día para conversar alguna situación para ver por qué no están viéndola, porque si no la atendían, si no llegaba al subsidio era porque había un concepto de ella... ¡que no! por esto por esto... eran las razones justamente de las cuales ella estaba también padeciendo. Es como integrarnos nosotras y en ese sentido es como bien particular porque la integración nuestra también es equivalente el ninguneo entonces hemos ido buscando respeto"* (Entrevista 1, p.8).

En las entrevistas, utilizando palabras tales como "hoy" y "ahora", que aluden a la dimensión temporal aparecen señaladas prácticas valoradas y asociadas a lo que el equipo denomina "detección precoz", "trabajo con familias", "trabajo de constelaciones" donde desarrollan prácticas de vinculación, de construcción y convergencia de sentido con equipos que se encuentran dentro del espacio territorial. En este proceso, surge la vinculación con dispositivos de la red SENAME.

> *"Dejar un poco de lado esta frustración enorme que no venía nada, porque finalmente las personas que venían del hospital, del sistema como más formal digamos o de algún lugar igual llegaban y eso fue abriendo la situación de la R y de éstas tres mujeres que con estos niños nos fue acercando cada vez más al PIE, OPD y eso se fue formalizando, de una manera de tomar más contacto con la red más local"* (Entrevista 1, p.4).

Junto con eso, el equipo destaca que la salida al territorio se asocia a una estrategia de transmisión de un cambio simbólico en el orden de lo social, a propósito de la gramática en sentido performativo, de cómo se describe lo patológico a lo que ellas resignifican como "situaciones", dando cuenta de la relevancia que le atribuyen -aunque no exclusivamente- a la fuerza del lenguaje en la construcción de las situaciones sociales.

Nominación de algunos aspectos del trabajo y la búsqueda de referentes y vocabulario.

El uso de formas alternativas de nominar los fenómenos y sus formas de trabajo adquiere relevancia para las integrantes del equipo. Reivindican nociones que tienen sentido para el colectivo, como la palabra "locura", sufrimiento mental y dolor mental.

> *"...y bueno de repente surgió nuestras relaciones con una clínica en el extranjero con la que nosotros habíamos tenido contacto porque yo visite esos servicios psiquiátricos en Francia, porque* ***ahí encontrábamos algo*** *y empezamos con los años, todo esto pasó con muchos años de intermedio, y esa clínica que es una clínica antigua ya tenía esta idea... porque nosotros necesitábamos tener más elementos para poder hablar del ambiente, de cómo hacer la asamblea,* ***necesitábamos más vocabulario***" (Entrevista 3, p. 2).

De este modo, dentro de su propia trayectoria, el equipo buscó interacción y cooperación con espacios de trabajo en el extranjero que abordan situaciones similares desde aproximaciones conceptuales diferentes a las locales y desde prácticas connotadas como "bien tratantes" que implican una comprensión del tratamiento como proceso.

> *"las clínicas, tienen una parte ambulatoria, entonces por los años,* ***tienen recuperación, hay procesos, hay cambios, no solamente un lugar pa ir a morir digamos, no es nada de eso****. Bueno, pero lo interesante como te digo... ellos hacen el trabajo terapéutico"* (Entrevista 3, p.3).

La ampliación del vocabulario y del repertorio del "nombrar" trae aparejada nuevas prácticas y formas de relación con las y los consultantes. Si bien ha existido en Chile un proceso de desinstitucionalización promovido desde el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría (2000), desde la perspectiva del equipo se ha constituido un proceso de deshospitalización del manicomio como espacio de encierro. Sin embargo, las palabras y nomenclaturas utilizadas en el ámbito de la salud mental permanecerían como ataduras de significado que reducen al consultante y lo atrapan en el estigma.

De este modo, se establece una retórica desde la política pública (inclusión social, enfoque comunitario) que no encarna en prácticas coherentes, y que se constituyen en impedimentos para el desarrollo de los procesos de transformación de la salud mental en Chile. Ello a pesar de la existencia de experiencias de intervención de psiquiatría comunitaria desarrolladas en el sector Sur desde finales de los 60 y que operan como un referente histórico.

Acompañamiento: una forma de aproximación a la situación del sujeto.

El equipo expresa que su modelo de acción se sustenta sobre un trabajo descentrado del síntoma, que acoge la experiencia del sujeto y la psicosis desde el acompañamiento.

> *"Y al día siguiente, tomamos el metro y el mismo monitor que tenía su qué, dice,* ***'vamos a bajarnos en el mismo punto en el que él paró de caminar'*** *y nos bajamos y ahí está una de las anécdotas, que nos bajamos y él dice, pero si aquí ya estuvimos, de nuevo aquí. Cuando él lo que quería era la Torre Eiffel. Bueno y caminamos como dos horas, con él muy adelante hasta llegar a la Torre Eiffel, no sé cómo llegó a la Torre Eiffel"* (Entrevista 3, p.17).

El acompañamiento implica una aceptación de la experiencia del consultante, por ello no niega el síntoma sino que lo pone en un marco de comprensión de sentido, desarrollándose un trabajo en salud desde el respeto.

> *"Sí, un castillo que tenía bosque, un castillo, como corresponde, había una cueva además. Entonces, a C le dio con que, estábamos fumando un pucho, en la mañana digamos antes del desayuno, los dos fumando. Entonces y llega C y dice que hay vampiros, no C que no hay vampiros, sí hay vampiros, es que yo vi una película en el teatro ponte Egaña, yo veía películas y habían castillos, en Europa, y habían vampiros. Estaba todo el perfil, todo calzaba. Entonces le dije sabes que sí, pero eso era del siglo pasado, pero ahora* ***ya no hay vampiros***" (Entrevista 3, p.21).

En suma, el trabajo implica la no negación del síntoma ni su normalización privilegiando la experiencia de las personas y la potencialidad sanadora que se puede establecer desde ahí.

> *"Claro, lo que ella hace,* ***no es tranquilizar a alguien que está tenso*** *¡no! ella hace apelación, ella* ***recurre ahí a algo que ella tiene con él y él lo acepta***. (Entrevista 3, p.21).

El acompañamiento refiere a la relación establecida entre las y los consultantes, con las profesionales del equipo dando cuenta de la construcción del vínculo que es parte fundamental del modelo de acción del equipo en relación al trabajo con la psicosis.

Cabe destacar que este acompañamiento tiene un valor central dentro del modelo de acción en la Comunidad Terapéutica y se operativiza mediante la facilitación en acceso a derechos sociales (salud, educación, trabajo, vivienda, otros). Se complementa con otras estrategias colectivas (talleres, asamblea, colectivos, grupos) e individuales de trabajo. Además, el equipo identifica en la coordinación intersectorial, una estrategia que complementa a todas las anteriores, produciendo la sinergia necesaria, dando cuenta de mejor forma la complejidad de las situaciones.

> *"entonces uno ve a alguien que está… o que uno cacha que está muy alucinao y ahí uno piensa donde la experiencia mental viene como algo que inunda y que hace difícil como estar con otros también. Y ahí nosotros tratamos de acompañar, de encontrar* ***un espacio de poder acompañar a alguien, demostrarle que hay disposición pa estar con ellos así como están****, sobre todo en los primeros momentos"* (Entrevista 4, p.6).

> *"hasta donde yo sé, la mayoría de nosotras no vive esas experiencias mentales pero a estas alturas algo sabemos de eso y estamos disponibles pa acogerlo, pa acompañarlo, pa solidarizar"* (Entrevista 4, p. 7.).

> *"porque lo que los chicos refieren, mejor de lo que yo pueda referir,* ***es que éste es un lugar donde pueden estar, donde se puede estar, uno puede estar tranquilo"***. (Entrevista 4, p.7).

El acompañamiento en el espacio interpersonal se traduce en la construcción de una relación de respeto, de disponibilidad para acoger y estar con el otro, sin juicio, promoviendo grados mayores de autonomía, construyéndose un espacio terapéutico desde donde se sostienen el trabajo del equipo.

La especificidad en la acción terapéutica.

El trabajo es figurado como "sumergirse en la profundidad", con la singularidad de cada consultante. Adentrarse en la profundidad de la psicosis señalada más arriba tiene como sustento el trabajo del vínculo, la laboriosidad que la intervención implica en relación a la profundidad, el detalle y la fragilidad de los avances en el proceso terapéutico en la comunidad.

> *"… porque acá por ejemplo cuando me ha tocado estar en servicio psiquiátrico en la parte de hospitalizados son ninguneados absolutamente y tú no tienes ninguna posibilidad de hablar de lo que eso significa y la gravedad de algunas personas,* ***lo que cuesta que ellos estén relativamente mejor,*** *entonces verlos venir como llegaron acá, estuvieron, el aprendizaje terapéutico de lo que hay que hacer,* ***de cómo ellos iban haciendo cada minuto porque está lleno de técnicas****, ta lleno en* ***el sentido de entender lo que hay ahí en la profundidad***" (Entrevista 3, p.5).

La especificidad del trabajo está dada por el conocimiento del sujeto en su complejidad, que en tanto el sujeto no es reducible a su síntoma, de ahí la importancia de conocer al consultante en profundidad y visibilizarlo como sujetx, desarrollándose una perspectiva no reduccionista de la psicosis.

> *"Ellas van en un trabajo,* ***este es un trabajo muy fino de búsqueda****, donde tú vas… concreto, muy concreto, dónde tú vas tomando en cuenta lo que para el otro es importante, lo que es realmente importante, sus cosas, su cepillo, sus medicamentos, su ropa, sus dientes, todo lo importante,* ***es un trabajo de chino***" (Entrevista 3, p.5).

De esta manera, la especificidad del trabajo implica también atender a los detalles que conforman el mundo subjetivo de las y los consultantes, sus rutinas y su cotidianidad desde la que se va conformando también la salud.

> *"… éste es un lugar, esta institución, que habla harto de sufrimiento mental, como que el propósito…hay un horizonte terapéutico de la institución que está bastante claro que no es la mejoría o la salud en su sentido más*

*tradicional –**en el sentido psiquiátrico como del alivio sintomático, de que la curación pasa por el alivio de un síntoma– sino que pasa por el alivio de ese sufrimiento** y que pueden existir situaciones donde alguien esté o viva con una psicosis, con una experiencia mental que pa los demás puede ser bien rara, pero sentirse bien y tener una vida y pasarlo bien y tener una pareja o viajar o hacer lo que… un proyecto de vida*" (Entrevista 4, p.2).

Así, el acompañamiento que desarrolla el equipo de la Comunidad Terapéutica es entendido como una práctica consistente en generar los apoyos necesarios para estar con el otro en una experiencia de cercanía y de aceptación de la vivencia del otro, además del acceso a derechos y la autonomía de las y los consultantes. Ello, considerando la historicidad como parte de la construcción de las personas, la trayectoria de vida, la conexión de las biografías y sistemas intra e insectoriales fragmentados y el enfoque de derechos, con posibilidades de proyectar una vida independiente.

"Uno probablemente aquí conoce, sobre todo las chiquillas que hacen atención individual y uno que hace taller, yo por ejemplo no entro en el detalle de la experiencia psicótica, pero lo veo en el vivir cotidiano y acogemos eso de una manera que probablemente otras instituciones se inquietan más y tienden a buscar la normalización de manera más rápida ¿no?" (Entrevista 4, p.3).

Acoger el sufrimiento se proyecta como una vía terapéutica paralela a la normalización del síntoma que se despliega desde la psiquiatría tradicional, y que implicaría no reducir al consultante al síntoma pero tampoco desconocer las graves dificultades y sufrimiento de éste.

Lo milimétrico y la fragilidad de los procesos.

Desde la señalada fragilidad de los procesos terapéuticos, la práctica del acompañamiento aparece como una estrategia cuyo propósito es proporcionar soporte en la construcción de un sentido de continuidad vital en biografías fragmentadas. Milimétricas observaciones, detalles que dan cuenta del conocimiento práctico que el equipo produce por acumulación de experiencia y reflexión en torno a ella. En este sentido, se señala que la estrategia del equipo consiste en recibir, acoger y/o contener una historia de vida discontinua y la intervención, en volver a dar unidad a un proyecto o historia de vida.

*"…lo que aprendes, es la riqueza, **la complejidad de la existencia** y de cómo **un montón de detalles** te van permitiendo ir **tejiendo una experiencia de continuidad que puede por momentos derrumbarse**.* (Entrevista 3, p.19).

De esta manera se relevan los detalles como constructores de la continuidad de los procesos, erigiéndose como microespacios de construcción de salud y acompañamiento en el proceso terapéutico. Se constata por parte del equipo la sutileza del proceso y la fragilidad de los avances.

*"Nosotros sabemos lo que son las crisis de ansiedad, yo tenía al lado mío una chica que y además que eso, los ojos dando vuelta. Existe, es así, una crisis de ansiedad, sudar frío por completo, porque no podía **soportar la incertidumbre**. Entonces, era todo el rato, **milímetro a milímetro, cálmate, vamos a llegar, y hicimos eso por 4 horas**. Pero no solo un trabajo de nosotros, mío en particular con ella en ese instante, sino que de ella también conmigo. Ella, ella hizo esa declinación, ella podía ir decidiendo entre comillas milímetro a milímetro no salir por la carretera gritando. Y eso es muy relevante"* (Entrevista 3, p.19).

El componente de la autonomía ligada a la toma de decisión en este proceso frágil de construcción, se constituye en una de las metas del trabajo terapéutico. Entendiendo la autonomía como un derecho.

La experiencia personal en la psicosis.

Desde la perspectiva del equipo la vivencia de fragmentación corporal, discontinuidad, sufrimiento, el hecho de ser observadx, de ausencia de privacidad, de extrañamiento social, son las principales características de la experiencia personal de la psicosis.

"Trabajé hartos años como tallerista, en los talleres de mosaico y de arte y son probablemente además espacios donde: uno, reciben a chiquillos que están con experiencias de fragmentación, tanto psíquica como psicosociales" (Entrevista 4, p.1).

"Por ejemplo de la experiencia mental, chicos que experimentan que otros puedan ver su experiencia mental, ver lo que piensan y eso obviamente a cualquiera de nosotros nos parecería bien inquietante. Entonces es una experiencia de harto sufrimiento" (Entrevista 4, p.2).

"La experiencia es estar mucho más lejano… algo que tiene que ver con una experiencia que es bien particular de las personas que viven con psicosis que es como la experiencia de la fragmentación y el propio cuerpo" (Entrevista 4, p.2).

Esta aproximación a la fenomenología de la psicosis da cuenta del posicionamiento del equipo que se aleja de la estigmatización resultante del rechazo de los signos más disruptivos desde el punto de vista de la normatividad social.

La arquitectura terapéutica: Un enfoque centrado en alivio del sufrimiento.

Parte del diseño de la intervención implica la disposición del espacio físico orientado a generar ambientes de acogida ligados a la perspectiva de acompañar el sufrimiento. Un ejemplo, es la experiencia de taller grupal, distinguida como un medio para alcanzar propósitos de alivio intrapsíquico.

"*Cuando uno llega siempre la primera vez que uno entra a la comunidad es como un lugar que es bien perplejo pa uno, porque uno siente así que está todo super tranquilo; yo me acuerdo la psicóloga que en ese momento me supervisaba, me decía 'no te equivoques, nosotros trabajamos mucho para eso, para que pase… para que el lugar esté tranquilo' porque aquí parece que no está pasando tanto, pero allí está todo pasando y* ***ellos en sus cabezas, está todo pasando***" (Entrevista 4, p.6).

"***Este espacio*** *un poco lo que intenta es volver… o instalar esa experiencia de esas garantías de poder estar con otro, tranquilo, respetado, dignamente, donde hay un espacio solidario, cariñoso, pero que no es asfixiante tampoco. Eso que es super obvio, evidente, que los que tuvimos suerte lo vivimos y desde esa experiencia uno tributa a poder compartirla con ellos y poder decir que se puede po. Entonces* ***es como todo el rato compartir algo super obvio, pero que en la experiencia mental de algunas personas no es tan obvio…***" (Entrevista 4, p.8).

"*Una vez un colega de un servicio nos dice 'bueno, pero que a ustedes les tocan todos los pacientes, buenos, está todo tranquilo aquí´ y es como 'estamos haciendo n cosas pa que eso esté tranquilo' como hemos puesto mucha energía mental…* ***esta institución funciona como una cebollita, o sea tiene hartas capitas que un poco resguardan… nos resguardan a todos y que nos permite estar acá****, hasta los usuarios como a los que trabajamos… y esa organización es lo que permite contener que alguien pueda estar muy desorganizado, con una experiencia mental más fragmentada*" (Entrevista 3, p.5).

"*Entonces hay una dimensión que es la dimensión artística y educativa del taller; hay una dimensión como lo que… lo ocupacional digamos, de ocupación del tiempo libre, de* ***poder descansar en una tarea –que es una tarea que es suficientemente compleja pa ocuparte la mente, pero lo suficientemente sencilla como pa poder no estar angustiao en esa tarea; tiene una dimensión psíquica que es como contener ese espacio de sufrimiento y contener ciertos contenido****s, o sea muchas veces las producciones artísticas que salen de acá, sobre todo cuando son buenas, son bien heavy, son intensas, no son bonitas, la gente tiende a pensar eso "qué bonito", pero* ***tiene una dimensión bien profunda como producción artística***" (Entrevista 4, p.5).

Los espacios construidos por el equipo de la Comunidad Terapéutica proporcionan el marco dentro del cual es posible desarrollar el trabajo de acompañamiento y al mismo tiempo es producto o efecto de este mismo trabajo. De este modo, lo terapéutico tiene puntos de apoyo que se relacionan con el uso de variados dispositivos creativos y de acompañamiento que constituyen los pilares de la construcción de un espacio tranquilo, de respeto, donde lxs consultantes pueden desplegarse.

La ética terapéutica.

Fundamentalmente, el equipo refiere que la aproximación hacia las personas que viven con psicosis se basa en el reconocimiento de su diferencia como personas que poseen derechos a los deben acceder y una trayectoria continua de vida que construir. En este contexto, en la auto-narración del equipo sobre sus prácticas circulan nociones y prácticas tales como recibir, acoger, contener la fragmentación de las historias vitales y convierten la intervención como la acción de restituir y volver a dar unidad a un proyecto de vida.

"*como del respeto de las personas de una forma más digna también, de que la experiencia de* ***enfermedad en general de salud mental, en los dispositivos tradicionales tiende a que… las personas quedan, lo que refiere a las personas como que eso borrara otros aspectos de su vida*** *y que se pone un acento sobre ciertas cosas, que ellos hacen o viven, y lo demás queda en un segundo plano*" (Entrevista 4, p.5).

Respecto de la pérdida de los espacios de intimidad a la que comúnmente se ven sometidos las y los consultantes en las instituciones de salud mental, el equipo se posiciona desde un lugar de respeto y de consideración de que la experiencia psicótica no los exime del derecho a la privacidad.

"*… la institución en general tiene* ***una ética de ser bien respetuosa: si alguien no quiere hacer algo, no se hace; si uno tiene la impresión de que alguien le refiere algo íntimo eso se comunica sólo en espacios íntimos***" (Entrevista 4, p.6).

Por lo tanto, la ética del equipo se fundamenta en el reconocimiento de las y los consultantes como actores sociales que tienen derechos que deben promovidos por los dispositivos de salud mental, posicionándose el equipo desde esa postura política.

Las características del trabajo en red.

Es indicado por el equipo que una de las principales organizaciones con la cual han desarrollado acciones de intercambio o vinculación positivamente evaluadas por ellas, es un dispositivo de la red SENAME que se encuentra cercano territorialmente. Los atributos de esta vinculación se enmarca en lo que se conoce como coordinaciones de red en donde, en este caso, dos dispositivos realizan una serie de encuentros tanto para compartir información y coordinar acciones en torno a "situaciones" compartidas. El equipo denomina esto "derivación asistida" y contempla la realización de entrevistas de ingreso llevadas a cabo en conjunto por miembros de cada dispositivo.

"*Entonces, y justamente ése era con un objetivo muy específico, con cosas concretas que nosotros queríamos lograr y queríamos abordar también* ***y que claro eran beneficiosas pal proceso de los dos programas." Si la mamá logra desplegar mayores recursos, influye positivamente en la relación con la niña, por supuesto****– y nosotros mientras llevamos a cabo el proceso psicosocial que hacemos con la misma niña y con la misma familia también, abordamos desde distintos ámbitos el asunto, entonces así vamos complementando esto*" (Entrevista 5, p.3).

La vinculación entre las organizaciones contempla un trabajo más allá del intercambio de información. Se trataría más bien de un espacio conversacional que permitiría una sinergia desde el intercambio y una construcción de sentido conjunto.

"*Muchas veces a lo mejor desde allá las profesionales se enteran de algo que es relevante pal proceso y nos lo comparten, o de la misma manera nosotros, si sabemos algo que puede ser útil para ellas, o si les podemos prestar algún tipo de apoyo, por ejemplo: para que la mamá de esta chica pudiese ir pa allá las primeras*

sesiones, la acompañamos, ningún problema. Es un tema de poder ***complementarnos y ir compartiendo información que es relevante pa cada uno*"** (Entrevista 5, p. 4).

De esta manera, es valorado que el efecto sinérgico permite conocer el trabajo de las instituciones además de permitir la articulación de recursos y competencias diferenciales que se potencian en un espacio de coordinación en función de lxs consultantes.

Intersección de vulneraciones.

Es posible constatar que la experiencia de la psicosis se vincula con la vivencia de la transgresión de derechos tanto presentes como pasadas. De este modo, el trabajo intersectorial se desarrolla desde esta constatación, compartiendo las organizaciones un mismo foco, a saber, el trabajo con situaciones de vulneración de derechos. Así, habría un punto de convergencia entre la política de salud mental y la política de infancia que es detectado por los equipos en el territorio, generándose giros y posibilidades para el trabajo en el intersector.

> *"Nosotros aquí atendíamos el caso de un niño que presentaba algunas necesidades de salud mental bien particulares él tenía un diagnóstico de primer brote de esquizofrenia y ése era un antecedente familiar, además. Su madre también tenía el mismo diagnóstico... la dupla interviniente de ese momento consideró que la mejor red para esta madre,* ***y pa la familia completa, podía ser un proceso de intervención terapéutico de la madre en la comunidad, directamente"*** (Entrevista 5, p.2)

En ocasiones, es posible constatar que se trataría del mismo consultante, parte de un sistema familiar que requiere de una intervención conjunta y coordinada.

> *"Justamente este caso –porque nosotros atendíamos a la joven, por vulneraciones de derechos– la situación de la madre también era muy compleja, también estaba inserta mucho en esta dinámica, pero la madre... para nosotros, se le dificultaba mucho el constituirse como un adulto cuidador, un adulto protector y responsable hacia la niña, porque tenía tanto tema en el ámbito de salud mental que no podía hacerse cargo efectivamente de la niña; entonces, considerando las posibilidades, encontramos por ahí –dentro de los antecedentes– que esta madre ya había intentado ser derivada a la Comunidad Terapéutica, pero aparentemente no había dado resultado la derivación, porque la madre nunca accedió, nunca tuvo mucha motivación tampoco"* (Entrevista 5, p.2).

Finalmente, el trabajo intersectorial es posible desde el espacio territorial cuando no sólo se comparten derivaciones formales sino que cuando es posible una construcción de espacios conversacionales que articulan prácticas de equipo en función de una problemática común. Lo relevante es que esta práctica se erige como una posibilidad de aproximarse a los elementos sistémicos de un fenómeno que es abordado desde la implementación fragmentada de la política pública en el nivel local descentralizado.

Los desafíos: la comunidad como sistema abierto al territorio.

Una de las dimensiones que el equipo considera fortalecer es la coordinación con más dispositivos u organizaciones del territorio. Se le atribuye relevancia estratégica a la articulación entre equipos en el nivel territorial en especial con la red de salud.

> *"y también esto a esta institución le ha dado... ha tenido momentos más fáciles y más difíciles con el resto de los que gestionan salud en este territorio, ha habido momentos súper difíciles también porque no es tan evidente de explicar, te estás dando un tiempo, estás escuchando pero para la gente de salud a veces esto es chino mandarín, como algo muy raro, "unas señoras muy locas" como nosotras, "unas señoras muy locas que se encierran ahí en el cerro, con los locos y hacen unas cuestiones que yo no sé" entonces también a los otros les produce extrañamiento... entonces funciona mucho también este lugar como, tiene que administrar también su permeabilidad con la red de salud, con la red de salud mental del territorio y eso nos es tan fácil... también pasa que cuando uno llega por primera vez acá se enamora, hermoso este lugar po, pero también tiene sus dificultades tratar de traducir lo que pasa aquí adentro para el exterior"* (Entrevista 3, p.12).

Desde una óptica de comprensión de la Comunidad Terapéutica como sistema habría una permeabilidad en tanto apertura a mayor diversidad de espacios de intercambio y coordinación. Específicamente, en la red de salud, ello implicaría avanzar en la distinción de aliados con quienes se pueda compartir una visión matizada de la psicosis que permita un refuerzo de los propósitos del equipo.

CONCLUSIONES

En el ámbito o contexto denominado situación, aparece la trayectoria del sujeto en su historia de vida donde va relacionándose con distintos dispositivos públicos o privados. En esta trayectoria, combinada con una dinámica previa que se presenta en el espacio familiar, se produce una relación que fragmenta al sujeto.

En el acompañamiento -desde una lógica del derecho- se pretende una continuidad, en tanto relación del sujeto con los sistemas, procurando que la salud mental no sea *una parte aparte* de los sistem as, sino que sea posible darle continuidad al tránsito del consultante.

Se destaca que este proceso está cruzado y afectado por una posición de clase y género, la que se sitúa en un campo más macro – sociohistórico de la estigmatización de la psicosis.

De este modo, desde la Comunidad Terapéutica de Peñalolén se construye un modelo de trabajo en relación a la psicosis que se desarrolla sobre la base de un fundamento político y del enfoque de los derechos humanos en salud mental.

En este sentido, el equipo trabaja desde una noción de persona que excede con creces al reduccionismo con que se aborda con frecuencia el problema de salud mental inscrito en la condición de la psicosis.

Desde una perspectiva de derechos y desde un enfoque de género, el modelo de acción del equipo incluye la generación de procesos de acompañamiento para el acceso a derechos sociales de salud, de vivienda, de educación, de trabajo, protección social, participación comunitaria y vida independiente. Particularmente, en tanto la psicosis implica para el sujeto una derogación de sus derechos como ciudadano y su cristalización en formas diversas de maltrato, es que desde la óptica de la ciudadanía opera una restitución o posibilidad de ella.

En el equipo el elemento político está dado por la apropiación y re-semantización del término loco o loca y la creación de un vocabulario con sentido y dinamismo necesario, considerando la complejidad de la vivencia de la psicosis.

Un gran obstaculizador del modelo de trabajo lo constituye la presencia ubicua de las instituciones de psiquiatría y salud mental que cargan por lo general con un estigma hacia la locura en una diversidad de expresiones. Frente a ello, se establece la necesidad del desarrollo de un trabajo en red, que implique una coordinación desde los sentidos, situación que en virtud de la experiencia del equipo permite círculos virtuosos que se despliegan desde el trabajo colaborativo con otros equipos.

En cuanto a los desafíos, si bien el trabajo en red ha implicado una apertura, requiere de una diversificación de espacios de intercambio y coordinación inter organizacional con dispositivos y oferta programática de política pública que se ejecutan en el orden de lo local territorial.

Por otra parte, para el sostenimiento del trabajo se establece como necesario el desarrollo de una perspectiva del cuidado de equipo y de supervisión o monitoreo de manera de prevenir el desgaste en un contexto adverso.

Finalmente, existiría en el equipo un compromiso con una transformación de la noción del abordaje de la psicosis que pasa por la adquisición de una perspectiva de derechos humanos, derechos sociales, subversión de las nociones asociadas a la locura, dentro de un marco de construcción de un espacio de acogida y respeto que resiste al reduccionismo de la comprensión de la psicosis como experiencia humana. Para que dicha transformación social en el abordaje de la psicosis se amplifique se debe ampliar el accionar vincular del equipo, ampliando espacios de influencias en el ámbito no sólo territorial sino que dentro de sistema de salud, generando alianzas territoriales e institucionales.

REFEREFENCIAS BIBLIOGRÁFCIAS

Brogna, P. (2009). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Garfinkel, G. (1967). *Studies in ethnomethodology* . Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Hancock, A. (2016). *Intersctionality: An Intellectual History*. Oxford University Press. Londres

MINSAL (2017). *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental como parte de la Red de Salud General*. Ministerio de Salud: Santiago de Chile

Prior, P. (2006). *A sociocultural theory of writing*. En C. MacArthur, S. Graham & J. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of writing research* (pp. 54-66). New York: The Guilford Press.